

2027

Đơn Ghi Danh

Thực hiện các bước đơn giản sau để trở thành một thành viên của Humana Medicare



Chuẩn bị sẵn thẻ Medicare và thẻ Medicaid của quý vị

Mỗi người nộp đơn phải điền một đơn riêng.



Ký tên và ghi ngày ký vào đơn ghi danh

Nếu không được điền đầy đủ và gửi lại trong thời hạn quy định, đơn ghi danh có thể bị từ chối.



Nộp đơn ghi danh của quý vị

Quý vị có thể fax các trang Dịch vụ thành viên của đơn ghi danh này đến số: **1-877-889-9923**. Hoặc gửi đơn ghi danh này qua đường bưu điện đến:

Humana Medicare Enrollment
P.O. Box 14309
Lexington, KY
40512-4309

Vui lòng không gửi cùng một đơn ghi danh hoặc ghi danh vào cùng một chương trình nhiều hơn một lần.



Đơn Ghi Danh Vào Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép

CHỈ sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị ghi danh vào Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép của Humana.

Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc

Nếu có thắc mắc, vui lòng gọi cho một đại lý bán hàng được Humana cấp phép theo số **1-800-833-2367 (TTY: 711)**. Chúng tôi phục vụ bảy ngày một tuần, từ 8 a.m. – 8 p.m.

Tuy nhiên, xin lưu ý rằng từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 vào các ngày lễ và cuối tuần, cuộc gọi của quý vị có thể được hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi tiếp nhận. Vui lòng để lại họ tên và số điện thoại của quý vị, chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị chậm nhất vào cuối ngày làm việc tiếp theo.



Các tùy chọn ghi danh điện tử

Quý vị có thể ghi danh trực tuyến. Đây là một cách ghi danh nhanh chóng, an toàn và dễ dàng. Truy cập **Humana.com/Medicare** để xem liệu ghi danh điện tử có áp dụng cho chương trình mà quý vị muốn tham gia hay không.

Hướng dẫn

- Tô kín hoàn toàn các ô tròn.
- Chỉ sử dụng mực đen.
- Chỉ viết một chữ số hoặc một chữ cái in hoa rõ ràng trong mỗi ô.

- Nếu quý vị viết sai, hãy gạch chéo ô đó bằng dấu X. Sau đó, viết chữ cái hoặc chữ số đúng ở phía trên hoặc phía dưới ô như minh họa dưới đây:

Chữ số và chữ cái đúng

1 2 3 S M I ~~X~~ H

Humana®

Ghi Chú Bổ Sung

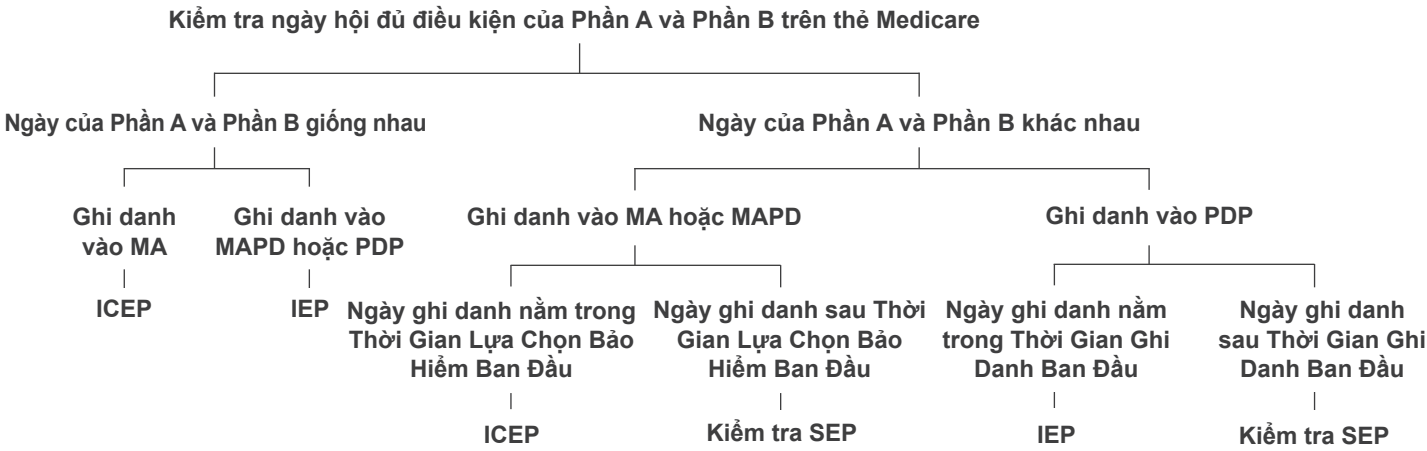
Thời Gian Ghi Danh Ban Đầu (IEP) và Thời Gian Lựa Chọn Bảo Hiểm Ban Đầu (ICEP)

- Nếu ngày của Phần A và Phần B giống nhau, thời gian lựa chọn kéo dài 7 tháng: 3 tháng trước tháng quý vị đủ điều kiện; tháng quý vị đủ điều kiện; và 3 tháng sau tháng quý vị đủ điều kiện.
- Nếu ngày của Phần A và Phần B khác nhau, thời gian lựa chọn kéo dài 5 tháng: 3 tháng trước tháng có ngày có hiệu lực muộn hơn (thường là Phần B); tháng quý vị đủ điều kiện; và 1 tháng sau tháng quý vị đủ điều kiện. Chỉ áp dụng khi ghi danh vào chương trình Medicare Advantage (MA) hoặc chương trình thuốc kê toa Medicare Advantage (MAPD). Nếu ghi danh vào chương trình thuốc kê toa (PDP), hãy kiểm tra xem IEP kéo dài 7 tháng có còn áp dụng hay không.
- Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm được xác định dựa trên các yếu tố như quyền hưởng Medicare và thời điểm nhận được đơn ghi danh đã được điền đầy đủ.

Dấu hoa thị (*) cho biết các trường bắt buộc Việc trả lời các trường không bắt buộc là tùy theo lựa chọn của quý vị. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền các trường này.

Khi nhập Mã Số Medicare của quý vị vào đơn ghi danh, hãy ghi chính xác như trên thẻ Medicare của quý vị. N biểu thị chữ số, A biểu thị chữ cái và E biểu thị chữ số hoặc chữ cái. Mã Số Medicare sẽ không bắt đầu bằng số 0 hoặc chứa các chữ cái B, I, L, O, S hoặc Z.

Các thời gian ghi danh có thể chồng lấn lên nhau. Hãy bảo đảm quý vị đánh dấu vào ô tròn của bất kỳ Thời Gian Lựa Chọn Đặc Biệt (SEP) nào áp dụng cho quý vị trong danh sách các tuyên bố về SEP ở trang 4 của đơn ghi danh. Khi ghi danh theo SEP, ít nhất một tuyên bố về SEP phải đúng thì quý vị mới hội đủ điều kiện tham gia theo SEP. Đại lý: Vui lòng tham khảo Tài Liệu Hướng Dẫn Các Tùy Chọn Ghi Danh (DMS-024) nếu quý vị không thấy SEP được liệt kê ở trang 4.



Phạm Vi Cuộc Hẹn (SOA) (Trang 8)

Đại lý: Vui lòng sử dụng một trong các mã gồm ba chữ cái dưới đây cho trường loại cuộc hẹn.

- | | | |
|-------------------------|------------------------|----------------------|
| F2F – Gặp mặt trực tiếp | INH - Cuộc hẹn tại nhà | OTH – Khác |
| RET – Đối tác bán lẻ | SEM – Hội thảo | TEL – Qua điện thoại |
| WAL – Walmart | | |

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Humana Inc. và các công ty con tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử hoặc loại trừ người nào đó vì chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính xã hội, bản dạng giới, giới tính, khuynh hướng tính dục, độ tuổi, tình trạng khuyết tật, nguồn gốc quốc gia, tình trạng nhập ngũ, tư cách cựu chiến binh, thông tin di truyền, tổ tiên, sắc tộc, tình trạng hôn nhân, ngôn ngữ, tình trạng sức khỏe hoặc nhu cầu về dịch vụ y tế. Humana Inc.:

- Mang đến cho người khuyết tật những điều chỉnh hỗ trợ hợp lý cũng như các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ thích hợp, miễn phí để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có đủ trình độ
 - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, các dạng điện tử dễ truy cập, các định dạng khác).
- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, có thể bao gồm:
 - Thông dịch viên có đủ trình độ
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần điều chỉnh hỗ trợ hợp lý, hỗ trợ phụ trợ thích hợp hoặc dịch vụ hỗ trợ về ngôn ngữ, hãy gọi số **877-320-1235 (TTY: 711)**. Giờ làm việc: 8 giờ sáng – 8 giờ tối, giờ Miền Đông. Nếu quý vị tin rằng Humana Inc. đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính xã hội, bản dạng giới, giới tính, khuynh hướng tính dục, độ tuổi, tình trạng khuyết tật, nguồn gốc quốc gia, tình trạng nhập ngũ, tư cách cựu chiến binh, thông tin di truyền, tổ tiên, sắc tộc, tình trạng hôn nhân, ngôn ngữ, tình trạng sức khỏe hoặc nhu cầu về dịch vụ y tế, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại theo cách trực tiếp hoặc gửi thư hoặc email tới Điều Phối Viên Không Phân Biệt Đối Xử của Humana Inc. tại địa chỉ P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, hoặc **accessibility@humana.com**. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp đơn than phiền thì Điều Phối Viên Không Phân Biệt Đối Xử của Humana Inc. có thể giúp quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại dạng điện tử lên Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights) của Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services) thông qua Cổng Nhận Khiếu Nại của Phòng Dân Quyền tại **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, hoặc qua đường bưu điện hay điện thoại theo địa chỉ:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Thành viên tại California:

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền lên Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights) của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (California Dept. of Health Care Services) bằng cách gọi điện tới **916-440-7370 (TTY: 711)**, gửi email tới **Civilrights@dhcs.ca.gov**, hoặc qua đường bưu điện theo địa chỉ: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Thông báo này có sẵn tại **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**

GHHNDN2026HUMVI_0626

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ

877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتتسيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

Bàsà [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, hwòdò-fónó-nyò,, kè nyo-bɔ-po-kà bɛ bɛ wa nyuɛsé wídí pɛɛ-pɛɛdò kò. Ðá **877-320-1235 (TTY: 711)**.

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **(TTY: 711) 877-320-1235** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **(TTY: 711) 877-320-1235**

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY:711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026HUM_0526

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。 **877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)** ។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **877-320-1235 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆເພື່ອຄຳໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajilíí'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'í' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: निःशुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਾਮਗਰੀ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਢਾਂਚਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyon pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

877-320-1235 (TTY: 711) اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ̀ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ́tó lófẹ́ẹ̀. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.



VUI LÒNG ĐỌC THÔNG TIN QUAN TRỌNG NÀY

Nếu hiện tại quý vị đang có bảo hiểm y tế thông qua chủ lao động hoặc công đoàn, việc tham gia Humana có thể ảnh hưởng đến quyền lợi bảo hiểm y tế do chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị cung cấp. Quý vị có thể mất quyền lợi bảo hiểm y tế do chủ lao động hoặc công đoàn cung cấp nếu quý vị tham gia Humana.

Khi hoàn tất đơn ghi danh này, tôi đồng ý với những nội dung sau:

Nếu tôi ghi danh vào một chương trình sức khỏe Medicare Advantage có hợp đồng với chính phủ liên bang, tôi sẽ cần duy trì Medicare Part A và Medicare Part B để tiếp tục tham gia chương trình. Tôi phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B. Tôi chỉ có thể tham gia một chương trình Medicare Advantage tại một thời điểm và tôi hiểu rằng việc tôi ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh của tôi vào một chương trình sức khỏe Medicare Advantage hoặc chương trình thuốc kê toa khác. Tôi có trách nhiệm thông báo cho Humana về bất kỳ chương trình bảo hiểm thuốc kê toa nào mà tôi hiện có hoặc có thể có trong tương lai. **Tôi hiểu rằng nếu tôi không có bảo hiểm thuốc kê toa Medicare hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn (có quyền lợi tương đương hoặc tốt hơn Medicare), tôi có thể phải trả khoản phạt ghi danh trễ nếu ghi danh vào bảo hiểm thuốc kê toa Medicare trong tương lai.** Việc ghi danh vào chương trình tôi đã chọn thường có hiệu lực trong suốt cả năm.

Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Humana của tôi bắt đầu có hiệu lực, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi về dịch vụ y tế và thuốc kê toa thông qua Humana. Các quyền lợi và dịch vụ do Humana cung cấp và được nêu trong tài liệu "Chứng Từ Bảo Hiểm" của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận với người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Medicare và Humana sẽ không chi trả cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bao trả. Để được bao trả theo quyền lợi Medicare, các quyền lợi và dịch vụ phải được nhận thông qua Humana, ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cuối đời và chi phí lấy thận để cấy ghép, được Medicare bao trả. Tôi sẽ tuân thủ các quy định trong Chứng Từ Bảo Hiểm của mình.

Tôi hiểu rằng tôi phải là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Chương trình Humana này phục vụ một khu vực dịch vụ cụ thể. Nếu tôi chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình Humana này, tôi cần thông báo cho Humana để có thể hủy ghi danh và tìm một chương trình mới tại khu vực nơi tôi chuyển đến. Bảo hiểm cho các trường hợp cấp cứu (cả trong và ngoài khu vực dịch vụ của chương trình) và dịch vụ chăm sóc khẩn cấp luôn được bao trả.

Tôi hiểu rằng đại lý bán hàng hoặc môi giới có thể được trả thù lao nếu họ hỗ trợ tôi ghi danh.

Sau khi Humana nhận được đơn ghi danh của tôi, tôi có thể nhận được một thư xác minh để bảo đảm rằng tôi hiểu cách thức hoạt động của chương trình và xác nhận ý định ghi danh của mình. Đây không phải là chương trình bảo hiểm bổ sung cho Medicare Part A và Part B. Humana sẽ chi trả thay cho Medicare và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các khoản mà Humana không bao trả, chẳng hạn như khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm. Medicare Part A và Part B sẽ không chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi trong thời gian tôi ghi danh vào một chương trình sức khỏe Medicare Advantage của Humana.

- Nếu quý vị đang yêu cầu trở thành thành viên của **Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP)**, tuyên bố sau đây sẽ được áp dụng: Tôi hiểu rằng chương trình này dành cho những cá nhân có cả Medicaid và Medicare. Việc tôi có thể ghi danh hay không phụ thuộc vào việc xác minh rằng tôi hội đủ điều kiện hưởng cả Medicare và hỗ trợ y tế theo Medicaid.

Dành cho người nộp đơn tại **FLORIDA** của D-SNP: Tôi hiểu rằng chương trình này được Humana và Cơ Quan Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe Tiểu Bang Florida tài trợ.

Dành cho người nộp đơn tại **INDIANA** của D-SNP: Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi trên đơn ghi danh này cho phép Humana và tiểu bang Indiana ghi danh tôi vào Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của Medicaid thuộc Humana phù hợp với D-SNP của Humana.

Dành cho người nộp đơn tại **TENNESSEE** của D-SNP: Tôi hiểu rằng TennCare không chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi này, ngoại trừ các khoản chia sẻ chi phí thích hợp. TennCare không chịu trách nhiệm đảm bảo khả năng áp dụng hoặc chất lượng của những quyền lợi này. Việc nhắc đến các quyền

lợi thêm hoặc bổ sung về Medicare chỉ liên quan đến Medicare và không cho thấy thêm quyền lợi về Medicaid.

- Tôi hiểu rằng tôi đang ghi danh vào chương trình Humana Medicare Advantage chứ không phải chương trình Medicare Supplement, Medigap, Medicare Select hay Medicaid.

Thông tin trên đơn ghi danh này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch trên đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.

Công Bố Thông Tin:

Bằng việc tham gia chương trình Medicare này, tôi xác nhận rằng Humana sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS). Cơ quan này có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được pháp luật liên bang cho phép, trong đó cho phép việc thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố Về Đạo Luật Quyền Riêng Tư bên dưới).

Tuyên Bố Về Đạo Luật Quyền Riêng Tư:

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng vào các Chương Trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thực hiện thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1851 và 1860D-1 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 và 423.32 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh của người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Thông Báo Về Hệ Thống Hồ Sơ (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, Hệ Thống Số 09-70-0588. **Việc quý vị trả lời biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.**

Cá nhân đang gặp tình trạng vô gia cư:

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi cư trú cố định, Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc trợ cấp an sinh xã hội) có thể được xem xét và sử dụng trong trường địa chỉ cư trú như là địa chỉ nơi cư trú cố định của quý vị.

Vui lòng ghi thông tin này chính xác như trên thẻ Medicare của quý vị.

MÃ SỐ ĐẠI LÝ (SAN) [] [] [] [] [] []
NGÀY SINH* [M] [M] - [D] [D] - [Y] [Y] [Y] [Y] GIỚI TÍNH* Nữ Nam
SỐ ID THÀNH VIÊN
H [] [] [] [] [] [] [] []

[†]Bắt buộc nếu chọn SEP. Xem mã ở trang 4.

DỊCH VỤ THÀNH VIÊN TRANG 3

Thông thường, quý vị có thể ghi danh vào chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình thuốc kê toa trong Thời Gian Lựa Chọn Hàng Năm (AEP) từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm. Ngoài ra, quý vị có thể chọn thay đổi chương trình Medicare Advantage của mình một lần trong Thời Gian Ghi Danh Mở (OEP) hàng năm từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3, hoặc ngay sau khi ghi danh vào một chương trình trong IEP/ ICEP (OEP MỚI). Các giới hạn về việc thay đổi chương trình được phép trong thời gian OEP sẽ được áp dụng. Có một số trường hợp ngoại lệ cho phép quý vị ghi danh ngoài các thời gian này. Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố dưới đây và đánh dấu vào ô tròn bên trái của bất kỳ tuyên bố nào áp dụng cho quý vị. Bằng việc đánh dấu vào bất kỳ ô tròn nào dưới đây, quý vị xác nhận rằng (theo hiểu biết tốt nhất của mình) nội dung đó là tuyên bố đúng về quý vị. **Nếu sau này chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.**

Mã SEP	Các tuyên bố về Thời Gian Lựa Chọn Đặc Biệt (SEP)
 LEC	Tôi đang mất/chấm dứt bảo hiểm do chủ lao động hoặc công đoàn cung cấp, hoặc đã mất/chấm dứt loại bảo hiểm này trong vòng hai tháng qua.
 NLS	Trong vòng ba tháng qua, đã có thay đổi đối với Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) hỗ trợ tôi chi trả bảo hiểm thuốc kê toa Medicare (mới được hỗ trợ, thay đổi mức hỗ trợ hoặc không còn hội đủ điều kiện).
 MCD	Trong vòng ba tháng qua, tình trạng Medicaid của tôi đã thay đổi (mới được hỗ trợ, thay đổi mức hỗ trợ hoặc không còn hội đủ điều kiện).
 MOV	Tôi đang chuyển nơi ở hoặc đã chuyển nơi ở trong vòng hai tháng qua. Việc chuyển nơi ở này khiến tôi chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại hoặc giúp tôi có thêm các lựa chọn chương trình mới.
 SNP	Tôi đã được thông báo rằng mình không còn hội đủ điều kiện tham gia Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép và hiện đang trong thời gian được xem là vẫn tiếp tục hội đủ điều kiện, hoặc tôi đã bị hủy ghi danh khỏi Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép trong vòng ba tháng qua do có thay đổi hoặc mất Medicaid.
 INT	Tôi có cả Medicare và đầy đủ quyền lợi Medicaid, đồng thời muốn ghi danh vào Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép Được Tích Hợp. Lưu ý: SEP này có hiệu lực một lần mỗi tháng trong suốt cả năm và chỉ áp dụng khi ghi danh vào Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép Được Tích Hợp Đầy Đủ (FIDE SNP), Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép Được Tích Hợp Cao (HIDE SNP) hoặc Chương Trình Tích Hợp Áp Dụng (AIP).
 EOC	Chương trình Medicare Advantage (MA) hiện tại của tôi sẽ chấm dứt hợp đồng trong năm hợp đồng sắp tới. Lưu ý: SEP này chỉ có hiệu lực từ ngày 8 tháng 12 đến hết ngày cuối cùng của tháng 2.
 OTH	Không có tuyên bố nào ở trên áp dụng cho tôi. Tuy nhiên, tôi cho rằng mình có một hoàn cảnh đặc biệt cho phép tôi được ngoại lệ để ghi danh. Humana sẽ liên hệ với quý vị để xác định xem có thể chấp thuận ngoại lệ hay không. Phải nêu rõ lý do dưới đây.

Lưu ý (nếu chọn OTH):

Lựa chọn chương trình

Vui lòng cung cấp thông tin dưới đây về chương trình y tế mà quý vị muốn tham gia. Thông tin về chương trình có trong Bản Tóm Tắt Quyền Lợi của quý vị.

HỢP ĐỒNG*

PBP*

PHÂN ĐOẠN

0

0

Vui lòng cung cấp mức phí bảo hiểm cơ bản hàng tháng của chương trình này theo Bản Tóm Tắt Quyền Lợi. Số tiền này giúp chúng tôi xác định chương trình mà quý vị muốn tham gia và không bao gồm bất kỳ khoản phạt ghi danh trễ nào hoặc các khoản thanh toán từ bên khác, chẳng hạn như Medicaid.

MỨC PHÍ BẢO HIỂM CƠ BẢN HÀNG THÁNG*

\$

Chọn một tùy chọn dưới đây tương ứng với thông tin chương trình mà quý vị đã cung cấp ở trên. Vui lòng tham khảo Bản Tóm Tắt Quyền Lợi hoặc liên hệ với đại lý của quý vị để được hỗ trợ.

Tôi muốn chọn **MỘT** trong các tùy chọn sau:*

- Humana Gold Plus® HMO D-SNP
- Humana Dual Select HMO D-SNP
- Humana Dual QMB Only HMO D-SNP
- Humana Dual Integrated HMO D-SNP
- Humana Community HMO D-SNP
- Humana Fully Integrated HMO D-SNP
- Humana Dual Fully Integrated HMO D-SNP
- Humana PathWays Dual Care HMO D-SNP
- Humana PathWays Dual Care NFLOC HMO D-SNP
- HumanaChoice® PPO D-SNP
- Humana Dual Select PPO D-SNP
- Humana Dual QMB Only PPO D-SNP
- Humana Dual Integrated PPO D-SNP

Cần hội đủ điều kiện hưởng Medicaid để tham gia tất cả các Special Needs Plan Hội Đủ Điều Kiện Kép.

SỐ MEDICAID

Bằng việc đánh dấu vào ô tròn này, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được các tài liệu phê duyệt cho ngày Medicaid có hiệu lực trong tương lai.

Dấu hoa thị (*) cho biết các trường bắt buộc

MÃ SỐ MEDICARE CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN*

N A E N - A E N - A A N N

Nếu ngoài chương trình mà quý vị đang nộp đơn tham gia, quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc kê toa khác (chẳng hạn như VA hoặc TRICARE), vui lòng đánh dấu vào ô tròn này.* ☐ Tôi sẽ có bảo hiểm thuốc kê toa khác.

Vui lòng cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc kê toa khác của quý vị dưới đây, nếu có.

TÊN BẢO HIỂM KHÁC

SỐ ID CỦA BẢO HIỂM NÀY

SỐ NHÓM CỦA BẢO HIỂM NÀY

Sau khi ghi danh, quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có đi làm không?

☐ Có ☐ Không

Ngôn Ngữ Viết Ưu Tiên (khi có sẵn)

☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung (Giản thể) ☐ Tiếng Trung (Phồn thể)
☐ Tiếng Hàn ☐ Ngôn ngữ khác _____

Ngôn Ngữ Giao Tiếp Ưu Tiên

☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Quan Thoại ☐ Tiếng Quảng Đông
☐ Tiếng Hàn ☐ Ngôn ngữ khác _____

Nếu cần tài liệu ở định dạng hỗ trợ tiếp cận, vui lòng chọn một tùy chọn. Nếu không chọn tùy chọn nào, quý vị sẽ nhận được tài liệu in với cỡ chữ tiêu chuẩn.

☐ Chữ nổi Braille ☐ Chữ in khổ lớn (16 point trở lên) ☐ Đĩa CD âm thanh ☐ Đĩa CD dữ liệu

Vui lòng gọi số **1-877-320-1235 (TTY:711)** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng hoặc ngôn ngữ khác.

VUI LÒNG CHỌN MỘT TÙY CHỌN THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM. Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình và/hoặc khoản phạt ghi danh trễ thông qua hình thức khấu trừ tự động từ tài khoản ngân hàng, khoản trợ cấp của Cơ Quan An Sinh Xã Hội (SSA) hoặc Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt (RRB), hoặc bằng thẻ tín dụng hay thẻ ghi nợ. Quý vị cũng có thể chọn thanh toán qua đường bưu điện bằng sổ phiếu thanh toán. Nếu quý vị không chọn hình thức khấu trừ tự động, hoặc yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị không thể được xử lý, hoặc quý vị không chọn bất kỳ tùy chọn thanh toán nào, quý vị sẽ nhận được một sổ phiếu thanh toán kèm theo hướng dẫn thanh toán qua đường bưu điện hoặc trực tuyến.

Khấu trừ tự động từ tài khoản ngân hàng

Thông tin tài khoản ngân hàng (Chỉ hoàn thành mục này nếu quý vị chọn Khấu trừ tự động từ tài khoản ngân hàng làm tùy chọn thanh toán.)

☒ Tài khoản thanh toán ☐ Tài khoản tiết kiệm

TÊN NGÂN HÀNG

SỔ ĐỊNH TUYỂN

SỐ TÀI KHOẢN

© 2014 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved. Pearson Education, Inc., 501 Boylston Street, Boston, MA 02116. Pearson Education, Inc., 100 Brook Hill Drive, West Nyack, NY 10994. Pearson Education, Inc., 55 River Street, Hoboken, NJ 07030. Pearson Education, Inc., 1000 Lakeside Drive, San Francisco, CA 94140. Pearson Education, Inc., 3501 Market Street, Philadelphia, PA 19104. Pearson Education, Inc., 501 Boylston Street, Boston, MA 02116. Pearson Education, Inc., 100 Brook Hill Drive, West Nyack, NY 10994. Pearson Education, Inc., 55 River Street, Hoboken, NJ 07030. Pearson Education, Inc., 1000 Lakeside Drive, San Francisco, CA 94140. Pearson Education, Inc., 3501 Market Street, Philadelphia, PA 19104.

FOR _____

001925097 213775710 186

Số định tuyến Số tài khoản

Khấu trừ từ khoản trợ cấp của Cơ Quan An Sinh Xã Hội (Vui lòng xem lưu ý bên dưới)

Khấu trừ từ khoản trợ cấp của Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt (Vui lòng xem lưu ý bên dưới)

Quý vị phải đang nhận khoản trợ cấp của Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt thì mới hội đủ điều kiện sử dụng tùy chọn thanh toán này.

LƯU Ý: Do thời gian xử lý theo quy định của Medicare, khoản phí bảo hiểm của tháng đầu tiên có thể sẽ không được khấu trừ từ khoản trợ cấp của SSA hoặc RRB. Nếu điều này xảy ra, Humana sẽ cố gắng bắt đầu việc khấu trừ từ khoản trợ cấp của SSA hoặc RRB của quý vị vào thời điểm sớm nhất có thể và sẽ gửi hóa đơn cho bất kỳ tháng nào mà SSA hoặc RRB không khấu trừ phí bảo hiểm của quý vị. Nếu được chấp thuận, có thể mất đến 3 kỳ chi trả trợ cấp để việc khấu trừ phí bảo hiểm từ SSA hoặc RRB bắt đầu có hiệu lực. Nếu yêu cầu khấu trừ của quý vị không được Medicare, SSA hoặc RRB chấp thuận, quý vị sẽ nhận được một sổ phiếu thanh toán kèm theo hướng dẫn thanh toán qua đường bưu điện, trực tuyến hoặc chọn một tùy chọn khấu trừ tự động khác.

Khấu trừ tự động từ thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ

Thông tin thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ (Chỉ hoàn thành mục này nếu quý vị chọn Khấu trừ tự động từ thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ làm tùy chọn thanh toán.)

MasterCard Visa Discover American Express

SỐ THẺ TÍN DỤNG HOẶC THẺ GHI NỢ

NGÀY HẾT HẠN

MM - 20YY

SỔ phiếu thanh toán

Quý vị có thể truy cập **Humana.com/pay** để thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng trực tuyến. Nếu đã chọn sổ phiếu thanh toán làm tùy chọn thanh toán, quý vị có thể thanh toán trước bao lâu tùy ý. Quý vị cũng có thể đăng nhập vào tài khoản MyHumana bảo mật của mình (nhấp vào Đăng ký nếu quý vị chưa đăng ký) hoặc tải xuống ứng dụng di động MyHumana để sử dụng các dịch vụ khác liên quan đến phí bảo hiểm.

Nếu phải thanh toán Khoản Điều chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập của Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị sẽ được Cơ Quan An Sinh Xã Hội thông báo. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán khoản tiền bổ sung này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. KHÔNG thanh toán Phần D-IRMAA cho Humana.

Dấu hoa thị (*) cho biết các trường bắt buộc

MÃ SỐ MEDICARE CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN*

N A E N - A E N - A A N N

Tôi đã đọc và hiểu những thông tin quan trọng ở các trang trước. Tôi đã xem và nhận được một bản sao của Bản Tóm Tắt Quyền Lợi.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN* hoặc người đại diện hợp pháp được ủy quyền (bao gồm người được ủy quyền hợp pháp theo Giấy Ủy Quyền, Người Giám Hộ Hợp Pháp, v.v.)

NGÀY KÝ*

M M - D D - 2 0 Y Y

Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được pháp luật cho phép thay mặt tôi) trên đơn ghi danh này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn ghi danh này. Nếu đơn này được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng: 1) người này được pháp luật của tiểu bang cho phép hoàn thành việc ghi danh này; và 2) tài liệu chứng minh thẩm quyền đó sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Nếu là người đại diện hợp pháp được ủy quyền, quý vị **PHẢI** ký tên ở trên và cung cấp các thông tin sau:*

HỌ

TÊN

TÊN ĐỆM

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG MÃ ZIP

ĐIỆN THOẠI

MỐI QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN

() -

CHỈ DÀNH CHO NHỮNG CÁ NHÂN HỖ TRỢ NGƯỜI NỘP ĐƠN HOÀN THÀNH ĐƠN NÀY

Hoàn thành mục này nếu quý vị là một cá nhân (ví dụ: đại lý, môi giới, tư vấn viên SHIP, thành viên gia đình hoặc bên thứ ba khác) hỗ trợ người nộp đơn điền đơn này.

TÊN

CHỮ KÝ

MỐI QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN

MÃ SỐ NHÀ SẢN XUẤT TOÀN QUỐC (CHỈ DÀNH CHO ĐẠI LÝ/MÔI GIỚI)

CHỈ DÀNH CHO ĐẠI LÝ

LOẠI CUỘC HẸN

SỐ ID PHẠM VI CUỘC HẸN

TÊN ĐẠI LÝ GHI DANH*

MÃ SỐ ĐẠI LÝ (SAN)*

NGÀY*

ĐỐI TÁC LIÊN KẾT CHIẾN DỊCH

TÊN ĐẠI LÝ GIỚI THIỆU

MÃ SỐ ĐẠI LÝ GIỚI THIỆU (SAN)

HỢP ĐỒNG*

PBP*

PHÂN ĐOẠN

Quý vị có sẵn lòng cho biết quý vị hoặc người thân trong gia đình đã từng phục vụ trong quân đội hay không?

☐ Tôi đã từng phục vụ ☐ Vợ/chồng ☐ Người phụ thuộc ☐ Tôi chưa từng phục vụ ☐ Không muốn trả lời

NGUỒN KHÁCH HÀNG TIỀM NĂNG*

☐ Danh sách khách hàng hiện có ☐ Sự kiện ☐ Tiếp thị/Quảng cáo ☐ Bên thứ ba ☐ Humana



[Humana.com](https://www.humana.com)